Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Fatores associados à ocorrência da violência obstétrica

Factors associated with the occurrence of obstetric violence

Factores asociados a la ocurrencia de violencia obstétrica

Janaína Nascimento da Silva [1], Marcelha Nascimento da Silva[1], Cleane Carvalho Sousa[1], Gracimária Macedo Rodrigues[1], Pedro Henrique da Costa Lima[1], Davi Ferreira Alves[1], Allan Araujo Rodrigues[1], José Francisco Cordeiro Silva[1], Laudimir Leonardo Walbert Veloso da Silva[1], Laelson Rochelle Milanês Sousa[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências científicas disponíveis acerca dos fatores associados à ocorrência da violência obstétrica. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura elaborada a partir da estratégia PICO. As buscas foram conduzidas nas bases Lilacs, Medline via PubMed e Web of Science, sem restrição de idioma ou período de tempo. Dos 445 estudos que foram inicialmente identificados, 29 atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas: fatores estruturais e institucionais; desigualdades sociais, gênero e interseccionalidades e Implicações para a Superação da Violência Obstétrica. Os estudos abordaram aspectos estruturais, organizacionais ou sistêmicos, a naturalização da violência obstétrica, desigualdades sociais e de gênero, prevalência do fenômeno, consequências para as mulheres e tipos específicos de violência obstétrica. **Considerações finais:** A violência obstétrica é o reflexo de desigualdades sociais, culturais e institucionais que permeiam os sistemas de saúde. Seu enfrentamento exige compromisso ético e político com a promoção da equidade e do cuidado humanizado.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Violência obstétrica, Atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the available scientific evidence regarding the factors associated with the occurrence of obstetric violence**. Methods:** An integrative literature review was conducted using the PICO strategy. Searches were conducted in the Lilacs, Medline via PubMed, and Web of Science databases, without language or time period restrictions. Of the 445 studies initially identified, 29 met the inclusion criteria. **Results:** Three thematic categories emerged: structural and institutional factors; social inequalities, gender, and intersectionalities; and implications for overcoming obstetric violence. The studies addressed structural, organizational, or systemic aspects, the naturalization of obstetric violence, social and gender inequalities, the prevalence of the phenomenon, consequences for women, and specific types of obstetric violence. **Final considerations:** Obstetric violence reflects social, cultural, and institutional inequalities that permeate health systems. Addressing it requires an ethical and political commitment to promoting equity and humanized care.

Keywords: Women's health, Obstetric violence, Delivery of health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre los factores asociados a la violencia obstétrica. **Métodos:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura mediante la estrategia PICO. Se realizaron

[1] Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Coroatá -- MA.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | ACEITO EM: 12/2025 | PUBLICADO EM: 1/2026

búsquedas en las bases de datos LILACS, Medline (a través de PubMed) y Web of Science, sin restricciones de idioma ni periodo de tiempo. De los 445 estudios identificados inicialmente, 29 cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** Surgieron tres categorías temáticas: factores estructurales e institucionales; desigualdades sociales, género e interseccionalidad; e implicaciones para la superación de la violencia obstétrica. Los estudios abordaron aspectos estructurales, organizativos o sistémicos, la naturalización de la violencia obstétrica, las desigualdades sociales y de género, la prevalencia del fenómeno, las consecuencias para las mujeres y los tipos específicos de violencia obstétrica. **Consideraciones finales:** La violencia obstétrica refleja desigualdades sociales, culturales e institucionales que permean los sistemas de salud. Abordarla requiere un compromiso ético y político para promover la equidad y una atención humanizada.

Palabras clave: Salud de la mujer, Violencia obstétrica, Atención a la salud.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o parto tem sido considerado uma experiência feminina e familiar, intimamente ligado à cultura e aos valores do ambiente em que ocorria. Somente durante o século XX, com a ascensão da medicina assistencialista, o trabalho de parto começou a ser retirado do espaço familiar para ser estudado sob uma perspectiva hospitalar. Isso levou a questões de gênero que ainda são muito relevantes na atualidade (SENS MM e STAMM AMNF, 2019). Para compreender melhor a violência obstétrica e seus fatores associados, é fundamental entender o parto como um evento que vai além do âmbito médico. Segundo Rohde AMB (2016), o parto envolve significados subjetivos que se relacionam ao indivíduo, sua família, sociedade e cultura, sendo repleto de rituais e símbolos, e podendo ser visto como um rito de passagem. Assim, a dor do parto transcende o aspecto físico, envolvendo fatores biopsicossociais. A questão que surge é: quando o parto deixa de ser um evento natural e passa a ser uma forma de violência contra a mulher? Isso ressalta a importância de entender a violência obstétrica.

Diante disso, a Violência Obstétrica (VO) é definida como qualquer comportamento, ação ou omissão por parte dos profissionais de saúde que causem danos físicos, psicológicos ou morais à mulher durante o período da gravidez, parto ou pós-parto. O termo abrange um contexto composto por múltiplos fatores que se relacionam a procedimentos ou práticas não recomendadas, sem comprovação científica ou que prejudicam a saúde da gestante. Estudos indicam que a violência obstétrica é um reflexo das desigualdades de gênero e poder existentes na sociedade, e frequentemente é exacerbada por fatores socioeconômicos, culturais e institucionais. Exemplos comuns de violência obstétrica incluem a necessidade de peregrinar por diversos serviços em busca de atendimento, longas esperas, maus-tratos por parte dos profissionais de saúde, intimidação, falta de atenção, negligência, discriminação, realização de cesáreas sem indicação clínica e práticas obstétricas não fundamentadas em evidências científicas, além de esterilizações não consentidas (SOUZA KJ, 2014). A VO pode levar a mudanças emocionais significativas na mulher, como o desenvolvimento de transtornos mentais que surgem após o parto, como a depressão associada a experiências negativas vividas durante a assistência obstétrica.

É importante ressaltar que diversas práticas anteriormente consideradas assistenciais são agora vistas como formas de violência obstétrica, uma vez que comprometem a integridade do corpo feminino e podem causar danos físicos ou psicológicos. Exemplos incluem a manobra de Kristeller, a episiotomia, o uso excessivo de ocitocina e a realização repetida de toques vaginais sem justificativa, assim como a indicação de cesarianas sem respaldo científico. Portanto, é crucial que os profissionais de saúde se mantenham atualizados sobre suas práticas (ROCHAMJ e GRISIEP, 2017).

Na obstetrícia, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a atenção ao parto deve ser realizada com o mínimo de intervenções, garantindo a segurança da mãe e do feto. Essa recomendação surgiu em resposta à adoção de práticas obstétricas inadequadas, que foram disseminadas na rotina assistencial sem respaldo científico e que ainda persistem. Essas práticas transformaram a assistência obstétrica, que deveria ser um evento natural e fisiológico, em um procedimento marcado pelo excesso de intervenções. É importante mencionar que as recomendações clássicas da OMS foram atualizadas em 2018, com bases sólidas e uma reavaliação de abordagens, visando proporcionar uma assistência de qualidade, independentemente do local e nível de atendimento à saúde (OMS, 1996).

As formas mais comuns de violência obstétrica incluem a violência física, verbal e psíquica. A violência física se caracteriza por intervenções desnecessárias ou violentas realizadas sem o consentimento da mulher, sendo mais prevalente durante o parto. A violência verbal é manifestada por comentários constrangedores, ofensivos ou humilhantes dirigidos à gestante, especialmente em contextos de aborto, onde há estigmas associados. A violência psíquica abrange ações verbais ou comportamentais que geram sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo e insegurança, e é observada em todas as fases da gestação (CARVALHO AS et al., 2019).

Além dessa classificação, a violência obstétrica pode ser categorizada como institucional, material e midiática. A violência institucional refere-se a atitudes que dificultam ou impedem o acesso das gestantes a seus direitos constitucionais. A violência material diz respeito a ações que visam obter recursos financeiros através de procedimentos já garantidos por lei. A violência midiática é caracterizada por ações nos meios de comunicação que denigrem e afetam emocionalmente as parturientes, visando interesses sociais, econômicos ou de dominação. Dentre esses tipos, a violência institucional é a mais comum nas maternidades públicas brasileiras, tratando as gestantes como meros sujeitos de intervenções (SILVA AS e SERRA MCM, 2017).

Teles MAA e Melo M (2002) afirmam que a violência frequentemente envolve o uso da força física, psicológica ou intelectual para forçar alguém a agir contra sua vontade. A violência pode ser vista como uma restrição à liberdade de um indivíduo ou grupo, resultando em ofensas físicas e morais. Toda mulher tem o direito de estar livre de violência e discriminação, assim como o direito a um padrão elevado de saúde, que inclui receber cuidados dignos e respeitosos durante a gravidez e o parto. Nesse contexto, a violência obstétrica é não só uma violação de direitos humanos, mas também uma quebra de confiança entre a mulher e sua equipe de saúde, podendo levar a uma diminuição no número de mulheres que buscam ou utilizam serviços de assistência obstétrica (OMS, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), mulheres grávidas em todo o mundo enfrentam tratamento indesejado, falta de respeito, negligência e maus-tratos durante o processo de parto em ambientes de saúde. Essas ações podem ter impactos negativos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, especialmente devido à vulnerabilidade da mulher nesse momento crucial.

O tratamento abusivo durante o trabalho de parto e o parto viola os direitos humanos, podendo impactar negativamente os desfechos desses processos e desestimular as mulheres a buscar cuidados posteriores. Essa conduta é considerada uma forma de violência estrutural que expõe as mulheres à vulnerabilidade, aumentando o risco de sofrimento ou morte (MARRERO L e BRÜGGEMANN OM, 2018).

As práticas de violência obstétrica não apenas desrespeitam os direitos das mulheres a um cuidado digno, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação. A Organização Mundial da Saúde destaca que a erradicação do desrespeito, abuso e maus-tratos durante o parto requer um processo inclusivo, com a participação ativa de mulheres, comunidades, profissionais de saúde e gestores (OMS, 2014).

Apesar da ampla ocorrência desses incidentes, a OMS ressalta que ainda não existe um consenso global sobre a definição e mensuração científica desses problemas. Consequentemente, a prevalência e o impacto dessas práticas na saúde, bem-estar e decisões das mulheres permanecem desconhecidos (OMS, 2014). A organização destaca a importância de conduzir pesquisas para estabelecer critérios claros, mensurar e compreender de forma mais aprofundada as condutas desrespeitosas e abusivas durante o parto, além de desenvolver estratégias para prevenir e eliminar tais comportamentos.

Nesse sentido, a compreensão dos fatores associados à violência obstétrica se faz necessária para ampliar o conhecimento acerca da problemática em questão, e contribui para a promoção de práticas de saúde mais éticas e humanizadas, assim como fornece subsídios para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção eficazes. O presente estudo gira em torno do seguinte questionamento: Quais fatores estão relacionados com a ocorrência dos casos de violência obstétrica?

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa realizada seguindo as etapas a seguir: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; definição de critérios para inclusão e exclusão de estudos; determinação das informações a serem coletadas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES KDS, et al., 2008).

A questão norteadora da pesquisa foi a seguinte: Quais fatores estão associados a ocorrência da violência obstétrica?

A busca dos estudos foi realizada entre abril e maio de 2025 nas bases de dados Web of Science, Medline via PubMed (US National Library of Medicine) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando descritores controlados e palavras-chave com a ajuda do operador booleano AND.

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, Medline (via PubMed) e Web of Science, utilizando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), combinados com palavras-chave e operadores booleanos (AND, OR). As estratégias foram adaptadas para cada base, conforme os exemplos a seguir:

- **Medline (via PubMed):** (("Obstetric Violence" [MeSH Terms] OR "Disrespect and Abuse" OR "Mistreatment" OR "Disrespectful Care") AND ("Parturition" [MeSH Terms] OR "Childbirth" OR "Labor, Obstetric") AND ("Women's Health" [MeSH Terms] OR "Maternal Health")).
- **LILACS:** ("Violência Obstétrica" OR "Violencia Obstétrica" OR "Desrespeito e Abuso") AND (Parto OR Parturição) AND ("Saúde da Mulher" OR "Salud de la Mujer").
- **Web of Science:** (TS=("obstetric violence" OR "disrespectful care" OR "childbirth mistreatment")) AND (TS=(childbirth OR labor OR delivery)) AND (TS=("women's health" OR "maternal health")).

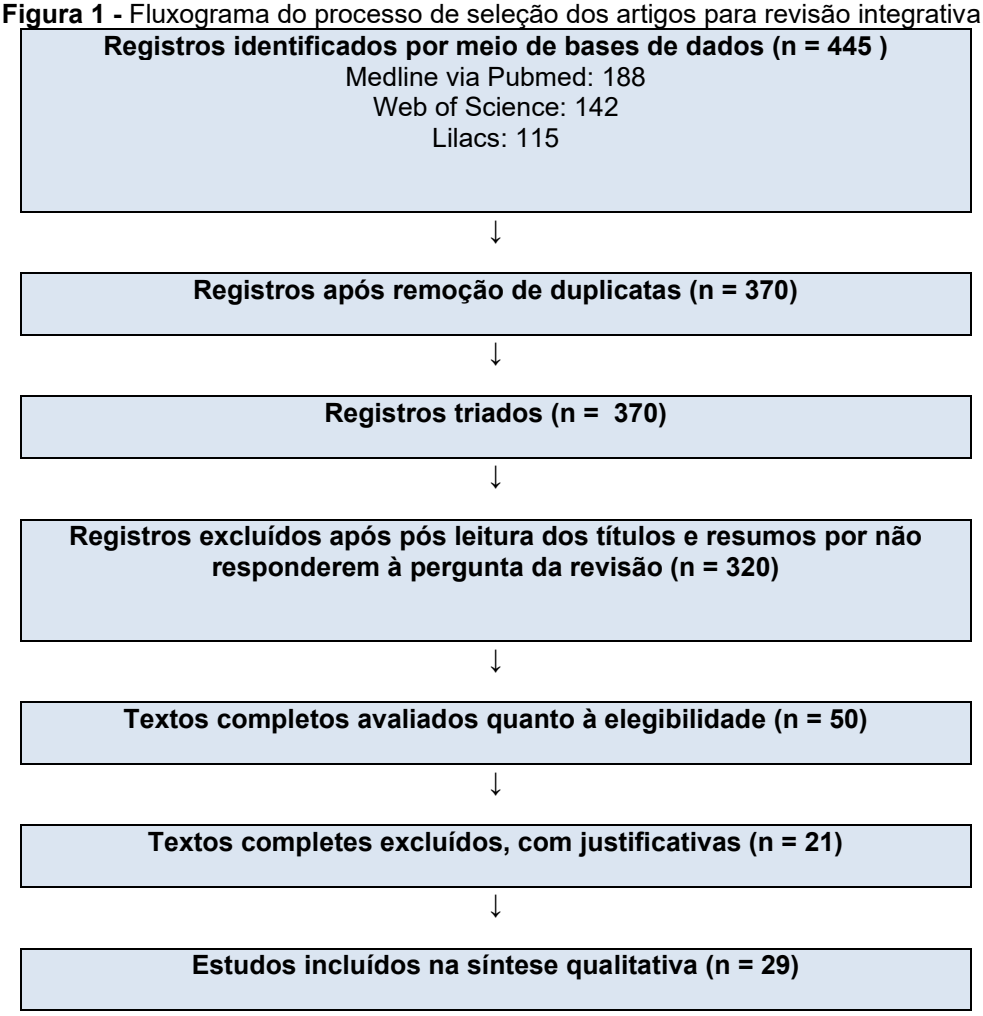
Os critérios para inclusão dos estudos foram pesquisas que abordassem os fatores associados à ocorrência da violência obstétrica, bem como aquelas que se alinhassem ao objetivo do estudo. Não houve restrição quanto ao idioma. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de livro, dissertações, registros duplicatas de outros estudos já incluídos na revisão e estudos que não incluíam a população-alvo relevante para a questão de pesquisa.

Inicialmente a seleção dos artigos foi baseada no processo de leitura dos títulos e resumos para exclusão de publicações duplicatas e que não atendiam ao objetivo proposto. Posteriormente os artigos selecionados foram lidos na íntegra.

RESULTADOS

Foram localizados 445 artigos nas bases de dados investigadas. Foram excluídos 75 artigos duplicados e 320 por não atenderem os critérios estabelecidos para responderem à pergunta da revisão. Foram selecionados 50 artigos para leitura na íntegra e a amostra final resultou em 29 artigos. O fluxograma de seleção foi apresentado na **Figura 1**.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.



Fonte: Silva JN, et al., 2026.

Foram incluídos 29 artigos, que analisaram os fatores associados a ocorrência da violência obstétrica, com abrangência em diversos países. Para melhor análise e interpretação dos resultados elaborou-se o **Quadro 1**. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2014 a 2025.

Quadro 1 - Informações dos artigos selecionados a respeito dos fatores associados a ocorrência da violência obstétrica, 2014-2025.

N	Autores (Ano)	Principais achados
1	Perera JS, et al. (2018)	A violência obstétrica está associada a fatores estruturais de gênero, classe social, idioma e cultura. Mulheres mais jovens, de baixa renda e que não falavam cingalês foram mais expostas à violência. As parteiras reconhecem a existência da violência, mas a naturalizam como parte do cuidado.
2	Mayra K, et al. (2024)	A violência obstétrica é influenciada por quatro principais fatores inter-relacionados: poder (hierarquias sociais e médicas), gênero (desigualdade, preferência por filhos homens, controle dos corpos femininos), estrutura (corrupção, exigência de propinas, atendimento diferenciado por classe social) e cultura (normalização da violência, silêncio em relação ao parto, falta de autonomia).
3	Yalley AA (2023)	A violência obstétrica é altamente normalizada e considerada uma estratégia de assistência. As parteiras justificam essas práticas como necessárias para garantir o sucesso do parto devido à pressão do trabalho, medo de responsabilização por maus desfechos e percepção de má colaboração das mulheres.
4	Unutkan A, et al. (2025)	As causas apontadas foram relacionadas às mulheres (falta de preparo, medo), aos próprios profissionais (estresse, carga de trabalho, cultura de hierarquia, defensiva por medo de processos judiciais) e ao sistema (falta de recursos, más condições físicas, sobrecarga).
5	Brazy-Nancy E, et al. (2023)	A violência obstétrica está ligada a falhas estruturais, como falta de infraestrutura, materiais, pessoal e comunicação deficiente. Mulheres relataram longas esperas, favoritismo, ausência de privacidade, custos inesperados e humilhações relacionadas a práticas culturais.
6	Bezerra EO, et al. (2020)	Identificaram-se quatro formas principais de violência obstétrica: violência com o corpo feminino (falta de privacidade, episiotomia, manobra de Kristeller, administração de ocitocina sem consentimento); violência através da comunicação (agressões verbais, tom de voz elevado, tratamento grosseiro, falta de informações); violência na forma de serviço (infraestrutura precária, burocracia, ausência de profissionais); e violação de direitos (impedimento da presença de acompanhantes).
7	Sen G, et al. (2018)	Foram identificados dois grandes fatores que impulsionam o desrespeito e os abusos no cuidado obstétrico: (1) Desigualdades sociais e econômicas, que afetam especialmente mulheres pobres, de minorias étnicas e marginalizadas; e (2) Estruturas e processos institucionais, incluindo práticas médicas aprendidas, hierarquias rígidas, falta de treinamento em ética e comunicação, e condições precárias de trabalho.
8	Oliveira LLF, et al. (2022)	Todas as mulheres relataram pelo menos uma situação de violência obstétrica, como ausência de acompanhante, realização de procedimentos sem consentimento, falta de informações, práticas intervencionistas desnecessárias (como episiotomia, tricotomia, lavagem intestinal e manobra de Kristeller) e comunicação inadequada (gritos e falta de acolhimento).
9	Vander der Pijl MSG, et al. (2022)	As categorias mais relatadas foram: falta de escolhas (39,8%), falta de comunicação (29,9%), falta de apoio (21,3%) e tratamento físico grosseiro/violento (21,1%). - 54,4% relataram pelo menos uma situação de desrespeito ou abuso. - Fatores de risco: primiparidade e origem migrante. - Houve forte associação entre experiências perturbadoras e uma percepção negativa do parto.
10	Kruk ME, et al. (2014)	Fatores associados ao abuso: baixa renda, depressão no último ano, maior escolaridade, primiparidade e relatos anteriores de abuso físico ou estupro. - 19,5% das mulheres relataram experiências de desrespeito/abuso na entrevista na alta, e 28,2% na entrevista domiciliar. - Principais abusos: ser ignorada (14,2%), ser alvo de gritos (13,2%) e receber comentários negativos ou ameaçadores (11,5%). - 5,1% relataram agressões físicas (tapas ou beliscões) e 5,3% relataram ter parido sozinhas.
11	Leijerzapf DR, et al. (2024)	Fatores associados a maior risco de D&A: parto hospitalar, transferência de cuidado (parteira para obstetra), uso de analgesia (principalmente remifentanil e epidural para primíparas), parto vaginal assistido e cesariana não planejada - 45,1% das primíparas e 27% das multíparas relataram pelo menos uma experiência perturbadora de D&A. - As categorias mais frequentes foram: falta de consentimento (26,7% primíparas e 15,1% multíparas) e problemas de comunicação. - Partos domiciliares apresentaram menor risco de D&A
12	Serena B, et al. (2025)	O estudo revelou que as mulheres migrantes enfrentam múltiplas formas de violência, incluindo violência obstétrica, de gênero, institucional, física, psicológica e econômica. As participantes relataram falta de consentimento informado, ausência de explicações sobre procedimentos médicos, racismo, barreiras linguísticas e culturais, e negligência por parte dos profissionais de saúde, o que impactou diretamente sua confiança nos serviços de saúde.

N	Autores (Ano)	Principais achados
13	Lusambili, et al. (2020)	Os profissionais de saúde reconhecem que o cuidado desrespeitoso ocorre, embora geralmente não seja intencional, mas sim consequência de fatores estruturais, socioculturais e institucionais. As principais barreiras incluem infraestrutura precária, falta de espaços de privacidade, escassez de equipamentos e insumos, além de subdimensionamento das equipes, o que gera sobrecarga, cansaço e burnout. Aspectos socioculturais, como diferenças nas crenças sobre parto entre profissionais e usuárias, também geram tensão, especialmente em casos de adolescentes grávidas, mulheres pobres e mulheres com deficiência, que são frequentemente alvo de estigmatização e discriminação
14	Madhiwalla N, et al. (2018)	- A cultura organizacional dos hospitais contribui para a prática de D&A. - As relações hierárquicas, a precarização dos serviços, a sobrecarga de trabalho e a ausência de protocolos favorecem práticas abusivas. - Uso de coerção, gritos e violência física é naturalizado pelos profissionais, sobretudo para garantir a obediência das mulheres. - A falta de recursos e más gestões agravam a situação.
15	Sanga NE e Joho AA (2023)	O estudo identificou que 51,5% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência intraparto, sendo as formas mais comuns a quebra de confidencialidade (66,8%), abuso verbal (58%), abuso físico (45,3%) e negligência no cuidado (36,8%). Foram encontrados como determinantes da violência o fato da mulher residir em área urbana, ter sido encaminhada de outra unidade de saúde e o desemprego do cônjuge.
16	Banks KP, et al. (2018)	As análises mostraram que mulheres que passaram por complicações no parto tinham probabilidade muito maior de relatar experiências de D&A, assim como aquelas que estavam em sua primeira experiência de parto na unidade. Por outro lado, os partos realizados durante os fins de semana apresentaram menor chance de relato de D&A, possivelmente pela menor sobrecarga de trabalho.
17	Yalley AA (2024)	As principais causas identificadas foram desigualdade de gênero na profissão médica, sobrecarga desproporcional de trabalho para parteiras, feminização da profissão, pressões e ideologias patriarcais, além de infraestrutura e recursos insensíveis às necessidades de gênero. As parteiras relataram condições de trabalho precárias, baixos salários, falta de treinamentos e oportunidades de crescimento, levando à adoção de práticas abusivas como gritos, agressões físicas e procedimentos não consentidos.
18	Abuya T, et al. (2018)	O estudo revelou alta prevalência de maus-tratos durante o processo de parto: 18% sofreram abuso verbal na admissão; falta de consentimento informado em 59%; e ausência de privacidade em 67% das interações. Durante o parto, embora abusos verbais e físicos fossem menos frequentes, práticas não higiênicas e falta de privacidade foram predominantes (>65%). A probabilidade de maus-tratos foi associada a fatores estruturais das unidades e características das parturientes.
19	Dwekat IMM, et al. (2022)	Verificou-se que mulheres que deram à luz em unidades públicas apresentaram significativamente mais chances de sofrer todos os tipos de maus-tratos analisados em comparação com aquelas que pariram em unidades privadas. Também foram identificados como fatores associados à maior ocorrência de maus-tratos a menor idade materna, a residência em áreas rurais, a baixa escolaridade, a indução do trabalho de parto, a não administração de analgésicos, o parto vaginal com episiotomia ou laceração e uma maior duração do trabalho de parto. Mulheres com idade mais avançada e maior número de partos apresentaram menor probabilidade de vivenciar situações de maus-tratos durante o parto.
20	Afulani PA, et al. (2020)	Os principais fatores que contribuem para essas situações de violência obstétrica incluem a percepção de que as mulheres são difíceis ou não colaborativas, estresse e exaustão dos profissionais, cultura institucional permissiva, falta de responsabilização, infraestrutura precária, escassez de insumos e medicamentos. As mulheres de baixa condição socioeconômica ou com menos recursos, foram identificadas como mais suscetíveis ao tratamento diferenciado e ao desrespeito.
21	Silva-Fernández CS, et al. (2025)	Foram relatados problemas como falta de comunicação, ausência de informações claras, desumanização do cuidado, precarização das condições de trabalho dos profissionais, sobrecarga e ausência de continuidade na assistência. As mulheres também descreveram que suas próprias características, como dificuldades emocionais, falta de suporte social e desafios econômicos, aumentam a percepção de vulnerabilidade.
22	Shimoda K, et al. (2020)	O estudo revelou que 96,1% das profissionais relataram ter praticado pelo menos uma forma de desrespeito ou abuso durante o parto. Além disso, também identificou que piores condições de trabalho, como longas jornadas semanais, pausas frequentes durante o turno da noite e ausência de supervisão para profissionais recém-contratados, estavam associadas ao aumento dos comportamentos de desrespeito e abuso.. Os dados indicam que o problema não está relacionado diretamente às características pessoais das profissionais, mas sim às condições de trabalho e à cultura institucional das unidades de saúde.

N	Autores (Ano)	Principais achados
23	Alnabilsy R e Sharon D (2023)	O estudo revelou que tanto mulheres árabes quanto judias em Israel enfrentam experiências marcadas pela violência obstétrica e por barreiras estruturais no sistema de saúde. As mulheres relataram falta de comunicação, ausência de consentimento informado, procedimentos invasivos, atitudes desumanizadas, violência verbal e sensação de serem tratadas como objetos, não como pessoas. A percepção de negligência, falta de apoio emocional e físico, e sobrecarga dos profissionais também contribuem para a perpetuação dessas práticas. As mulheres relataram que as relações de poder assimétricas, baseadas em estruturas patriarcais, são responsáveis pela manutenção desse cenário.
24	Aşci O e Bal MD (2023)	A violência obstétrica foi mais frequentemente associada a partos vaginais, partos atendidos por médicos em vez de parteiras, mulheres de baixa renda, multiparidade e quando o recém-nascido precisou ser internado na unidade neonatal. Por outro lado, ter recebido controle de dor com métodos não farmacológicos, apoio de acompanhante e ser primípara foram fatores protetores.
25	Melo BLPL, et al. (2022)	As mulheres relataram falta de comunicação, ausência de informações sobre procedimentos, negligência na assistência, privação do direito ao acompanhante, exposição desnecessária do corpo, abandono durante o trabalho de parto e uso de procedimentos sem consentimento. As práticas culturais das mulheres não foram consideradas no cuidado, contribuindo para um sentimento de insatisfação e descrédito em relação ao serviço de saúde.
26	Bitencourt AC, et al. (2022)	Fatores como falta de preparo dos profissionais, problemas institucionais, superlotação, falta de recursos e despreparo técnico foram identificados como determinantes. Muitos profissionais ainda naturalizam práticas violentas sem reconhecê-las como tal, enquanto outros percebem avanços na redução dessas práticas. Também ficou evidente que respeitar a fisiologia do parto e intervir apenas quando necessário são fundamentais para minimizar a violência.
27	Maya ET, et al. (2018)	Segundo o estudo os maus-tratos ocorreram principalmente na segunda fase do parto, afetando especialmente adolescentes e mulheres que não conseguiam realizar os esforços expulsivos de forma satisfatória ou não levavam os materiais exigidos pela instituição. O estudo destaca que a normalização desses comportamentos, somada às falhas estruturais do sistema de saúde, contribui para a perpetuação desse tipo de violência e representa uma barreira significativa ao acesso aos serviços de parto nas instituições
28	Ghimire NP, et al. (2021)	As formas mais comuns foram cuidados sem consentimento, cuidados não dignos (72,2%) e não confidenciais (66,6%). Houve também relatos de abuso físico (13,2%), discriminação (32,3%) e negligência ou abandono (35%). As mulheres relataram que não recebiam informações adequadas, não eram consultadas sobre procedimentos e não podiam ter acompanhantes durante o parto. Fatores como etnia, religião, menor nível de escolaridade, número de filhos e tipo de hospital (privado ou público) estiveram significativamente associados às maiores taxas de relatos de maus-tratos.
29	Roy P, et al. (2025)	O estudo revelou que as mulheres vivenciaram múltiplas formas de desrespeito e abuso durante o parto, incluindo abuso verbal, negligência, abandono, comunicação deficiente, condução inadequada de procedimentos médicos, condições precárias dos hospitais. As experiências foram relatadas tanto em hospitais públicos quanto privados e filantrópicos. Muitas mulheres naturalizaram essas experiências como parte do processo de parto, priorizando a saúde do bebê em detrimento de seus próprios direitos e bem-estar. A precariedade dos serviços, a superlotação, a escassez de recursos humanos e materiais e as hierarquias de poder dentro das instituições contribuíram significativamente para a perpetuação dessas práticas.

Fonte: Silva JN, et al., 2026.

A análise cronológica dos 29 estudos incluídos revela um interesse científico crescente sobre o tema. Observa-se uma concentração de publicações no período mais recente, com 19 artigos (65,5%) publicados entre 2020 e 2025, indicando uma intensificação do debate acadêmico e social nos últimos anos.

Geograficamente, os estudos abrangem múltiplos contextos, com notável concentração em países de baixa e média renda. A maioria das pesquisas foi conduzida na África (ex: Gana, Tanzânia, Quênia, Etiópia) e na Ásia (ex: Índia, Nepal, Sri Lanka, Palestina), refletindo os esforços para documentar o fenômeno em regiões onde os sistemas de saúde enfrentam maiores desafios estruturais. Estudos da América Latina, especialmente do Brasil, também figuram na amostra, além de pesquisas em contextos de alta renda, como os Países Baixos, que investigam o desrespeito e abuso em sistemas de saúde consolidados.

DISCUSSÃO

Fatores estruturais e institucionais

A literatura analisada revela que os fatores estruturais e institucionais são determinantes cruciais na perpetuação da violência obstétrica, independentemente do país ou do contexto socioeconômico. Segundo Oliveira LFF, et al. (2022) e Banks KP, et al. (2018), a precarização dos serviços de saúde, a escassez de recursos, a falta de profissionais capacitados e a ausência de protocolos institucionais favorecem práticas abusivas durante a assistência obstétrica.

No Brasil, mesmo em hospitais de ensino, há relatos recorrentes de violência, evidenciando que a deficiência estrutural transcende o nível de formação e se perpetua em espaços que deveriam ser modelo de boas práticas (OLIVEIRA LFF, et al.,2022).

A precariedade das unidades de saúde, a insuficiência de materiais e a ausência de espaços adequados, como salas de parto com privacidade, são fatores diretamente relacionados à prática de cuidados desrespeitosos e abusivos (LUSAMBILI A, et al*.,* 2020). As mulheres enfrentam não apenas falta de infraestrutura, mas também custos inesperados e longas esperas, o que resulta na preferência por partos domiciliares em detrimento dos serviços de saúde (BRAZY-NANCY E, et al., 2023).

Segundo Sanga NE e Joho AA (2023), a prevalência de violência obstétrica, na Tanzânia, chega a 51,5%, sendo diretamente associada a fatores estruturais, como sobrecarga dos serviços e deficiência na rede de encaminhamentos. Profissionais de enfermagem e parteiras admitem a prática de violência, muitas vezes justificada pela sobrecarga de trabalho, longas jornadas e falta de supervisão, o que evidencia a influência do ambiente institucional sobre as condutas adotadas (SHIMODA K, et al., 2020).

No contexto israelense, os autores Alnabilsy R e Sharon D (2023) destacam que tanto mulheres judias, quanto árabes enfrentam barreiras estruturais no sistema de saúde, que se manifestam na ausência de comunicação efetiva, falta de consentimento informado e negligência, demonstrando que a violência obstétrica não se restringe a dimensões culturais, mas também se ancora em falhas institucionais profundas. Esse panorama é observado na Palestina, onde Dwekat IMM, et al. (2022) identificaram uma prevalência alarmante de maus tratos, sobretudo em instituições públicas, reforçando que a qualidade da estrutura física e dos processos institucionais impacta diretamente na experiência das mulheres durante o parto.

A violência obstétrica é naturalizada como parte do funcionamento institucional, onde a lógica organizacional prioriza a produtividade e o cumprimento de rotinas em detrimento do cuidado centrado na mulher (ROY P, et al., 2025; MADHIWALLA N, et al., 2018).

Mesmo em países com sistemas de saúde bem estruturados, fatores institucionais como a falta de privacidade, comunicação deficiente e ausência de apoio durante o trabalho de parto são frequentes, especialmente entre mulheres migrantes e primíparas (VAN DER PIJL MSG, et al*.,* 2022). Além disso, segundo Leijerzapf DR, et al. (2024), partos hospitalares, transferências de cuidado e intervenções médicas estão associados a maiores índices de desrespeito e abuso, evidenciando que a institucionalização excessiva do parto, mesmo em contextos desenvolvidos, gera impactos negativos.

Segundo estudos de Unutkan A, et al. (2025) e AşciO e Bal MD (2023), mulheres turcas relataram, com frequência, abuso físico, abandono do cuidado e procedimentos realizados sem consentimento, sendo essas práticas mais comuns em partos conduzidos por médicos, o que denota um modelo de assistência centrado na tecnocracia e na medicalização.

Banks KP, et al. (2018) traz uma análise contundente sobre como a escassez de recursos, a falta de treinamento e a precarização dos serviços de saúde estão diretamente associadas ao aumento dos casos de desrespeito e abuso. Kruk ME, et al. (2014), identificaram que a ausência de protocolos e a fragilidade das condições de trabalho das equipes multiprofissionais contribuem para a perpetuação dessas práticas, afetando principalmente mulheres de baixa renda, primíparas e aquelas com histórico prévio de violência.

As barreiras estruturais são agravadas por sistemas de saúde que não contemplam as especificidades culturais e sociais das mulheres, reforçando a percepção de desumanização e negligência no atendimento (ALNABILSY R e SHARON D, 2023). Este cenário é evidente no Nepal, onde Ghimire NP, et al. (2021) verificaram que a falta de privacidade, ausência de acompanhantes e comunicação inadequada são práticas recorrentes, evidenciando que falhas institucionais estão na base da violência obstétrica.

A violência obstétrica não ocorre de forma isolada, mas se distribui ao longo de todo o processo de cuidado, desde a admissão até o pós-parto. As falhas estruturais, como ausência de privacidade, desrespeito ao consentimento informado e falta de acolhimento, estão presentes em todas as etapas, indicando que se trata de um problema sistêmico, profundamente enraizado nas práticas institucionais e na organização dos serviços de saúde (ABUYA T, et al., 2018).

Desigualdades sociais, gênero e interseccionalidades

Diversos estudos apontam que mulheres em situação de maior vulnerabilidade — sejam elas pobres, negras, migrantes, adolescentes, com baixa escolaridade ou pertencentes a minorias — estão mais suscetíveis a sofrerem violência obstétrica, demonstrando que o problema ultrapassa a dimensão individual e está profundamente enraizado em estruturas sociais desiguais (PERERA D, et al., 2018; MAYRA K, et al., 2024; YALLEY AA, 2024; BRIGIDI S, 2025).

No estudo de Perera D, et al. (2018), observou-se que mulheres jovens, de baixa renda e que não dominavam o idioma local foram mais expostas à violência obstétrica, demonstrando que barreiras linguísticas e culturais agravam a discriminação nos serviços. Essa realidade também foi identificada por Brigidi S (2025), onde mulheres migrantes do Senegal, Marrocos e Paquistão relataram não apenas violência obstétrica, mas também experiências de racismo, xenofobia, barreiras linguísticas e negligência institucional, reforçando como a intersecção de gênero, etnia e status migratório amplifica as violações de direitos.

As relações de poder, profundamente atravessadas por gênero e classe, sustentam uma cultura de silenciamento e aceitação da violência. As mulheres muitas vezes, se submetem ás agressões por medo de represálias ou por acreditarem que esse sofrimento é parte natural do processo de parto (MAYRA K, et al., 2024). Esse padrão também é observado no estudo de Roy P, et al. (2025), onde mulheres normalizam a negligência e o abuso como uma extensão da própria desigualdade social e econômica.

As mulheres enfrentam múltiplas camadas de opressão, onde a desigualdade de gênero se combina com a precarização dos serviços de saúde, a sobrecarga das parteiras — uma profissão altamente feminizada — e uma cultura institucional que legitima práticas violentas (YALLEY AA, 2024). Essa situação é agravada pela falta de políticas sensíveis às questões de gênero, uma vez que mulheres jovens, pobres, adolescentes ou com deficiência são frequentemente alvo de estigmatização e maus-tratos (LUSAMBILI A, et al.,2020).

Os dados de Dwekat IMM, et al. (2022), evidenciam que mulheres com menor escolaridade, mais jovens e residentes em áreas rurais estão mais propensas a sofrer violência obstétrica. Além disso, as mulheres que passaram por partos induzidos, episiotomias ou que não receberam analgesia relataram níveis mais altos de maus tratos, demonstrando como práticas intervencionistas recaem de forma desproporcional sobre corpos considerados socialmente menos valiosos.

Estudos de Van der Pijl MSG,et al. (2022) e Leijerzapf DR,et al. (2024) identificaram que mulheres de origem migrante e primíparas estão significativamente mais expostas a desrespeito e abuso durante o parto. Fatores como a transferência de cuidados (de parteiras para médicos), a realização de partos vaginais assistidos e cesáreas não planejadas também estão fortemente associados à percepção de experiências traumáticas, especialmente entre mulheres com menos autonomia dentro do sistema de saúde.

Segundo Silva-Fernández CS, et al. (2025), as vulnerabilidades das mulheres não se limitam apenas às suas condições socioeconômicas, mas também se manifestam na forma como são tratadas nos serviços de saúde. A ausência de empatia, a falta de informações, a desumanização dos cuidados e a imposição de normas institucionais sem considerar as especificidades culturais das mulheres revelam um padrão estrutural de violação de direitos.

Essa intersecção entre desigualdades sociais e violência obstétrica também é claramente abordada por Sen G, et al., (2018), que argumentam que os sistemas de saúde não são neutros, mas sim atravessados por estruturas patriarcais, racistas e classistas, que perpetuam práticas abusivas, sobretudo contra mulheres pobres, de minorias e de grupos marginalizados. Madhiwalla N, et al. (2018), corroboram essa perspectiva ao demonstrar como a cultura organizacional dessas instituições reproduz coerções, gritos e práticas de controle dos corpos femininos, principalmente das mulheres de classes mais baixas.

Sanga NE e Joho AA (2023), identificaram que mulheres de áreas urbanas e cujos cônjuges estão desempregados enfrentam maior probabilidade de sofrer violência intraparto. O fator socioeconômico, portanto, se revela determinante não apenas no acesso, mas também na qualidade da assistência prestada.

Mulheres com histórico prévio de violência (incluindo abuso físico ou sexual) apresentam maior chance de vivenciar violência obstétrica, sugerindo que os sistemas de saúde não são apenas reprodutores, mas também perpetuadores de ciclos de violência preexistentes nas trajetórias de vida das mulheres (KRUK ME, et al., 2014).

Bezerra EO, et al. (2020) identificaram que mulheres pobres, negras e com menor escolaridade são as principais vítimas de práticas como episiotomias sem consentimento, manobras de Kristeller e ausência de acompanhante. As práticas culturais das mulheres não são respeitadas nos serviços de saúde, o que contribui para sentimentos de insatisfação, medo e insegurança (MELO BLPL, et al*.,* 2022). De forma semelhante, Bitencourt AC, et al. (2022) revelam que, mesmo entre profissionais de saúde, há uma naturalização da violência, frequentemente justificada pelas condições precárias de trabalho e pela sobrecarga dos serviços.

Outro aspecto muito citado pelos autores é a naturalização da violência obstétrica que constitui um fenômeno complexo, multifacetado e enraizado na cultura dos serviços de saúde. Essa naturalização ocorre quando práticas abusivas deixam de ser percebidas como violência e passam a ser entendidas como parte inerente do processo de cuidado ao parto. Essa percepção é reforçada tanto pelos profissionais quanto pelas próprias mulheres, que, em muitos casos, internalizam tais práticas como experiências inevitáveis ou mesmo necessárias (PERERA D, et al., 2018; MAYRA K, et al., 2024; YALLEY AA, 2023).

Os resultados desta revisão corroboram e aprofundam as preocupações que motivaram a elaboração de diretrizes globais e nacionais para a erradicação do desrespeito e abuso na atenção ao parto. A declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2014, "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde", já alertava para a natureza sistêmica do problema, conclamando por ações coordenadas. No contexto brasileiro, os fatores aqui identificados dialogam diretamente com os eixos do recém-lançado Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Obstétrica (2023), que reconhece a necessidade de reformas estruturais, formação profissional e combate às desigualdades como pilares para a garantia de um cuidado digno e respeitoso.

A análise interseccional dos achados revela que as opressões não são meramente aditivas, mas sim multiplicativas, intensificando a vulnerabilidade de certos grupos. Estudos como o de Brigidi S (2025) com mulheres migrantes na Europa e o de Serena B, et al. (2025) demonstram como a xenofobia, as barreiras

linguísticas e o racismo institucional se somam à desigualdade de gênero, resultando em negligência e abuso. No contexto de países com profundas desigualdades raciais, como o Brasil e os Estados Unidos (embora não predominantes nesta amostra), a literatura aponta que mulheres negras e indígenas enfrentam taxas desproporcionalmente mais altas de violência obstétrica, um reflexo do racismo estrutural que permeia os sistemas de saúde. A vulnerabilidade de adolescentes, destacada por Maya ET, et al. (2018), e de mulheres de baixa escolaridade, conforme Dwekat IMM, et al. (2022), reforça que a violência obstétrica é um marcador de desigualdades sociais, onde corpos considerados "menos valiosos" são os alvos preferenciais de práticas intervencionistas e desrespeitosas.

Implicações para a superação da violência obstétrica

O enfrentamento dos fatores identificados exige uma abordagem multifacetada. No plano institucional, os achados de Lusambili, et al. (2020) e Shimoda K, et al. (2020) sobre a precarização do trabalho apontam para a urgência de garantir condições dignas de trabalho, com equipes dimensionadas adequadamente e recursos materiais suficientes. A implementação de protocolos clínicos baseados em evidências e centrados na mulher, aliada à educação permanente das equipes de saúde com foco em direitos humanos, comunicação e competência cultural, emerge como estratégia central. Adicionalmente, o fortalecimento do acompanhamento multiprofissional, com a valorização da atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes, pode contribuir para a desmedicalização excessiva do parto e a promoção de um cuidado mais humanizado, conforme sugerido indiretamente pelos estudos que associam partos assistidos por médicos a maiores taxas de intervenção (AŞCI O e BAL MD, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa consolida a evidência de que a violência obstétrica é um fenômeno multifatorial, profundamente enraizado em falhas estruturais dos sistemas de saúde e perpetuado por desigualdades sociais, de gênero e raciais. A transversalidade do problema, que se manifesta desde a infraestrutura precária até a naturalização de práticas abusivas, demanda uma resposta igualmente sistêmica. Torna-se urgente a implementação de políticas públicas eficazes, alinhadas a diretrizes internacionais de cuidado respeitoso, que invistam na formação humanizada e em condições de trabalho dignas para os profissionais. Recomenda-se, ainda, o fomento a pesquisas qualitativas que aprofundem a compreensão das vivências das mulheres, especialmente daquelas em situação de maior vulnerabilidade, para subsidiar intervenções mais justas e efetivas.

REFERÊNCIAS

1. ABUYA T, et al. Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. Reproductive Health Matters, 2018; 26(53): 48–61.
2. AFULANI PA, et al. Providers' perceptions of disrespect and abuse during childbirth: a mixed-methods study in Kenya. Health Policy and Planning, 2020; 35(5): 577–586.
3. ALNABILSY R, SHARON D. The experience of pregnancy and childbirth overshadowed by obstetric violence and structural barriers of the Israeli health system from the perspective of Arab and Jewish women. Qualitative Health Research, 2023; 33(7): 647–659.
4. AŞCI Ö, BAL MD. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. Midwifery, 2023; 124: 103766.
5. BANKS KP, et al. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. Health Policy and Planning, 2018; 33(3): 317–327.
6. BEZERRA EO, et al. Aspectos da violência obstétrica institucionalizada. Enfermagem em Foco, 2020; 11(6): 157-164.
7. BITENCOURT AC, et al. Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2022; 22(4): 953-961.
8. BRAZY-NANCY E, et al. A qualitative analysis of obstetric violence in rural Madagascar. Heliyon, 2023; 9: e13905.
9. BRIGIDI S. Group body mapping: exploring intersectional aspects of obstetric violence through embodiment—experiences of migrant women in situations of vulnerability. Qualitative Health Research, 2025; 0(0): 1–14.
10. CARVALHO AS, et al. Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2019; 26(1): 52-58.

11. DWEKAT IMM, et al. Mistreatment of women during childbirth and associated factors in Northern West Bank, Palestine. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022; 19(20): 1–16.
12. GHIMIRE NP, et al. Women's experience of disrespect and abuse during institutional delivery in Biratnagar, Nepal. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021; 18(9612): 1–10.
13. KRUK ME, et al. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. Health Policy and Planning, 2018; 33(1): e26–e33.
14. LEITE TH, et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2022; 27(2): 483-491.
15. LUSAMBILI A, et al. Health care workers' perspectives of the influences of disrespectful maternity care in rural Kenya. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020; 17(21): 1–18.
16. MADHIWALLA N, et al. Identifying disrespect and abuse in organisational culture: a study of two hospitals in Mumbai, India. Reproductive Health Matters, 2018; 26(53): 36–47.
17. MARRERO L, BRÜGGEMANN OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. Rev Bras Enferm, 2018; 71(3): 1152–61.
18. MAYA ET, et al. Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. Reproductive Health Matters, 2018; 26(53): 70–87.
19. MAYRA K, et al. "I have to listen to them or they might harm me" and other narratives of why women endure obstetric violence in Bihar, India. Birth, 2024; 00: 1–19.
20. MELO BLPL, et al. Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Revista Cuidarte, 2022; 13(1): e1536.
21. MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, 2008; 17: 758–64.
22. OLIVEIRA LLF, et al. Caracterização da atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino de uma capital do nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022; 75(1): e20200896.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Cuidados em parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
25. PERERA D, et al. 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. BMC Pregnancy and Childbirth, 2018; 18(211).
26. ROCHA MJ, GRISI EP. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. Rev. Mult. Psic., 2017; 11(38).
27. ROHDE AMB. A Outra Dor do Parto: Género, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto. Tese de Mestrado (Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura) - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2022; 20p.
28. ROY P, et al. Women's narratives of disrespect and abuse during facility-based childbirth in Kolkata, India. Journal of Biosocial Science, 2025; 57(2): 263–278.
29. SANGA NE, JOHO AA. Intrapartum violence during facility-based childbirth and its determinants: a cross-sectional study among postnatal women in Tanzania. Women's Health, 2023; 19: 1–12.
30. SEN G, et al. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. Reproductive Health Matters, 2018; 26(53): 6–18.
31. SENS MM, STAMM AMNF. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. Interface (Botucatu), 2019; 23: e170915.
32. SHIMODA K, et al. Self-reported disrespect and abuse by nurses and midwives during childbirth in Tanzania: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2020; 20(584): 1–10.
33. SILVA AS, SERRA MCM. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acordãos do STF E STJ. Quaestio Iuris, 2017; 10(4): 2430-2457.
34. SILVA-FERNÁNDEZ CS, et al. Qualitative study of maternity healthcare vulnerability based on women's experiences in different sociocultural context. Nursing Reports, 2025; 15(3): 105.
35. SOUZA KJ. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
36. TELES MAA, MELO M. O Que é Violência Contra a Mulher? São Paulo: Brasiliense, 2002;15p.
37. UNUTKAN A, et al. A phenomenological study on the views of birthing room professionals on obstetric violence. Midwifery, 2025; 144.
38. VAN DER PIJL MSG, et al. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. Reproductive Health, 2022; 19(160).
39. YALLEY AA. "We Beat Them to Help Them Push": Midwives' perceptions on obstetric violence in the Ashante and Western regions of Ghana. Women, 2023; 3(1): 22–40.
40. YALLEY AA. Layers of inequality: gender, medicalisation and obstetric violence in Ghana. International Journal for Equity in Health, 2024; 23(243).